

# 凍結胚・卵子破棄の申請書

レディースクリニックあいいく

榎園 祐治 殿

樋渡 小百合 殿

レディースクリニックあいいくに預けているすべての  
凍結胚・卵子の破棄を申請いたします。

年 月 日

〒

住所

---

夫署名

印 携帯

---

番号

---

妻署名

印 携帯

---

番号

※署名は、夫婦それぞれご本人が自筆で記入して下さい